VOL. 35 N.º 4

ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

DEZEMBRO DE 1960

DIREÇÃO

Diretor: ANTAR PADILHA GONÇALVES, Rio de Janeiro
Redator-chefe: F. E. RABELLO, Rio de Janeiro
Redator-secretário: CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS, Rio de Janeiro

REDAÇÃO

ENNIO CAMPOS, Rio Grande do Sul
H. CERRUTI, São Paulo
OSWALDO G. COSTA, Minas Gerais

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

- Piodermites
- Intertrigos
- Rachaduras dos seios
- Ulcerações infetadas
- Pruridos

Exofène

POMADA
E
PÓ

2,2' DIHIDROXI - 3, 5, 6, 3', 5', 6', HEXACLORODIFENILMETANO

BACTERICIDA E CICATRIZANTE

- Incolor
- Inodoro
- Não mancha
- Não é tóxico
- Não sensibiliza

Produtos MIDY 1713

Fabricados e distribuidos no Brasil pelos
LABORATÓRIOS ENILA S.A.
Rio de Janeiro

ROVADERME

Rovamicina, Penicilina G Potássica
e Diidro-estreptomicina

Pomada dérmica
antiinfecciosa

★

Tratamento preventivo e curativo de tôdas as infecções cutâneas produzidas por estafilococos, estreptococos e outros germes sensíveis aos antibióticos associados

Tubo de 15 g

Rhodia

A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 – São Paulo, SP

R-104-160

MAIS UMA ETAPA NA ANTIBIÒTICOTERAPIA:

STREPTOBENZYL

com diluente pantotênico*

uma associação diferente de penicilina e estreptomicina

6 VANTAGENS

- ação rápida
- níveis altos e prolongados
- espectro amplo
- não contém sódio
- não contém o alérgeno procaina
- atoxicidade

2 APRESENTAÇÕES

STREPTOBENZYL NORMAL (1/2 g)

Penicilina G-benzatina	300.000 U
Penicilina G-potássica	100.000 U
Sulfato de diidrostreptomicina	0,250 g
Sulfato de estreptomicina	0,250 g

STREPTOBENZYL PEDIÁTRICO (1/4 g)

Penicilina G-benzatina	300.000 U
Penicilina G-potássica	100.000 U
Sulfato de diidrostreptomicina	0,125 g
Sulfato de estreptomicina	0,125 g

DILUENTE PANTOTÊNICO*

reforça ainda mais a atoxicidade já por si baixa da associação diidro + estreptomicina

* Keller, Krüpe e Mückter, 3.º Simpósio Anual de Antibióticos, Washington, novembro de 1955.

Indústrias Farmacêuticas

Fontoura-Wyeth S.A.

Pioneira do progresso em antibióticos no Brasil

Nos Estados Unidos: WYETH LABORATORIES - PHILADELPHIA

No Brasil: INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS FONTOURA-WYETH - S. PAULO

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 35 DEZEMBRO DE 1960 N.º 4

Um novo fixador em histopatologia cutânea "formol-níquel"

J. Ferreira-Marques

A pele, pela sua constituição em estratos ou andares (hipodermis, dermis e epidermis), tem uma estrutura histológica muito especial. Esta estrutura *sui generis* da pele oferece ao histopatologista uma série de problemas de técnica, sobretudo em relação com uma penetração suficientemente veloz do fixador para que êste atue e fixe, com rapidez e simultaneidade, todos os elementos celulares e tecidulares cutâneos, desde a capa córnea da epiderme até o tecido adiposo da hipoderme. Por tôdas as considerações que acabamos de fazer, é imprescindível usar um fixador, bom e prático, que penetre e atue ràpidamente sôbre todos os elementos histológicos da pele e depois da fixação se possa eliminar fàcilmente.

Em nosso laboratório de histopatologia da Faculdade usamos, como fixador, tanto para a rotina diária como para a investigação científica, um soluto aqüoso a 8% de formol neutro (neutralizado com carbonato de magnésio ou de cálcio) com 1% de nitrato de níquel [$Ni(NO_3)_2+6H_2O$; *Proto; Niccolum nitricum exydulatum purum cryst.*; Merck].

Fórmula do fixador "formol-níquel" para um litro de solução.

Nitrato de níquel	10.0g
Formol neutro	80 cc
Água destilada	920 cc

Como êsse fixador é de estabilidade absoluta, preparamos sempre um ou mais litros e usamos para uma pequena biópsia de pele (15 a 30 cc de soluto (umas 50 vêzes o volume da biópsia). Na prática diária de laboratório, são necessárias, pelo menos, 24 horas para uma fixação de rotina. Mas as biópsias podem-se fixar durante dois ou mais dias e incluso conservar-se no fixador, sem nenhum inconveniente, durante meses, visto não se produzirem precipitados e servirem depois para inclusão ou congelação. Depois da fixação a biópsia é lavada em água corrente, durante 3 a 4 horas, e, uma hora ou mais, em água destilada, mudada várias vêzes. Pode fazer-se a inclusão em parafina, em celoidina, etc. Para a inclusão em parafina desidrata-se a biópsia, fazendo-a passar por uma série de alcoóis de graduação crescente (50°, 70°, 80°, 90°, 96° e 100°); alcoól-xilol, ou benzol ou toluol; xilol puro (ou benzol, etc.) e, por último, banho em parafina, segundo o método clássico, descrito em qualquer livro de técnica histológica.

Os cortes, depois de colados e desparafinados, podem ser estu-

dados pelos corantes mais variados com o objetivo de investigar qualquer órgão ou estrutura celular ou tecidular da epiderme, derme ou hipoderme. Por nossas investigações consideramos o fixador "formol-níquel" como o fixador ideal para o estudo e a investigação científica das fibras elásticas (Weigert; Taenzer-Unna; Gomori, etc.). Também o colagênio e o precolagênio podem ser estudados magnìficamente com as respectivas e apropriadas técnicas (Van Gieson; Mallory; Unna, etc., etc.). Igualmente podem ser estudados todos os elementos celulares de tôdas as camadas epidérmicas (basal, fibrosa, etc.), tais como aparelho tonofibrilhar, citoplasma, núcleo, etc.

Tanto a forma como a coloração e a estrutura dos diferentes elementos tecidulares e celulares da pele se mantêm com aspecto normal e podem perfeitamente ser estudados pelo fixador proposto.

No Laboratório de Anatomia Patológica Geral da Faculdade se está empregando êste fixador, em todos os órgãos, com resultados que corroboram as nossas investigações (comunicação pessoal do Prof. Oliva Otero).

RESUMO

O autor, conforme as suas investigações pessoais, descreve e preconiza o soluto aqüoso de formol neutro a 8%, com 1% de nitrato de níquel, como um bom fixador ("formol-níquel") em histopatologia cutânea. É um ótimo fixador das fibras elásticas.

RESUMEN

El autor describe y preconiza una solución al 8% de formol neutro en agua destilada con 1% de nitrato de níquel como fijador ("Formol-Níquel") en histopatologia cutánea. Es el fijador ideal para el estudio de las fibras elásticas.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un liquide fixateur ("Formol-Nickel") qu'il préconise en histopathologie cutanée. Ce fixateur consiste d'une solution aqueuse de formol à 8% avec 1% de nitrato de nickel.

Formule du liquide "Formol-Nickel" pour un litre.

Nitrate de nickel	10 gr.
Formol neutre	80 cc.
Eau distillée	920 cc.

La solution ne s'altère. Pour une petite biopsie de la peau il suffit 15 à 30 cc de la mélange (en moyenne 50 fois le volume de la biopsie). On doit 1.º fixer la biopsie pendant au moins 24 heures; 2.º laver pendant 3-4 heures à l'eau courante; 3.º laver pendant 1 heure à l'eau distillée. Après faire la déshydratation, l'éclaircissement et l'inclusion en paraffine ou celloïdine, etc. C'est le fixateur ideal pour l'étude et l'investigation des fibres elastiques. On peut faire aussi des coupes par congélation.

SUMMARY

The author describes a new fixing fluid for histopathology of the skin. Preparation of the solution "Formol-Nickel",

Nickel nitrate	10.0g
Neutral formalin	80 cc.
Distilled water	920 cc.

Methode: 1.º fix the block of skin in 15-30 cc of "Formol-Nickel" of least 24 hours; 2.º wash in running water for 3-4 hours; 3.º wash for 1 hour in distilled water; 4.º usual methode of embedding in paraffin or celloidin, etc. It is the best fixative for the study of elastic fibres. The fixing fluid is very stable.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser beschreibt eine neue Fixierungsflussigkeit ("Formol-Nickel"). Diese ist sehr geeignet für Übersichtspraparate wie auch feinere Untersuchungen der Histologie der Hautkrankheiten.

Zusammensetzung:

Nickelnitrat	10.0g
Formol neutr.	80 cc.
Wasser dest.	920 cc.

Die Dauer der Fixierung soll wenigstens 24 Stunden sein. Das volumen der "Formol-Nickelflussigkeit" soll die Grosse der zu fixierender Hautstück- mindestens um 50 fache übetreffen (15-30 cc.) Die "Formol-Nickelpraparate lassen sich mit den meisten Methoden farben. Diese Fixierungsflussigkeit bringt die elastischen Fasern bis in die feinsten verzweigungen sehr scharf und vollstandig zur Farbung (Weigert; Taenzer-Unna; Gomori; usw.).

Enderêço do autor: Joaquim V. Gonzalez, 780 - Mendoza, Argentina.

Ônico-dérmato-queilofagia

Olyntho Orsini

São conhecidos as várias dermatoses psicopáticas, dadas por idéias obsecantes.

Clement Simon, denominando-as "dermatomanias", grupou-as nas seguintes formas clínicas: escoriações neuróticas, tricotilomania, tricorreximania, dermatotlasia, onicofagia, titilomania, queilofagia, etc.

Trabalho apresentado na XVI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros (São Paulo, julho de 1959).

Professor Catedrático de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.

Guardam relação com o caso que vamos relatar as escoriações neuróticas pelo arrancamento epidérmico que "consiste na retirada, por meio da unha, de fragmentos epidérmicos de espessura variável, sem pôr a descoberto o corpo papilar".

A queilofagia pode, na opinião de Clement Simon, aproximar-se da onicofagia; é a mania de morder ou roer o lábio, retirando, com os dentes, fragmentos epidérmicos que ali se formam, podendo resultar até pequenas hemorragias, fissuras e infecções secundárias.

Há outros estados que se aproximam dêstes, como a tricotilomania, tricorrexomania, titilomania, tricoclasomania, dermatotlasia, onicotilomania, etc.

O nosso caso rotulamo-lo como sendo, ao mesmo tempo, de dermatofagia, onicofagia e queilofagia, ou, melhor, ônico-dérmato-queilofagia.

Trata-se do jovem C.D., de 16 anos, branco, nascido e residente em Belo Horizonte. É indivíduo de físico normal, mas nervoso, acnando-se retardado nos estudos.

Os pais são de temperamento nervoso, sendo que a mãe e uma irmã já tiveram ataques epileptiformes.

C. D., desde há três anos, tem o hábito de roer as unhas das mãos, ingerindo os fragmentos cortados pelos dentes. Há seis meses que lhe veio também o tique de morder a pele dos dedos das mãos, ao nível da articulação das falanginhas com as falangetas, na sua face palmar, retirando películas que deglute; isto em todos os dedos da mão direita, sendo que, na esquerda, o processo desenvolve-se somente no polegar, no indicador e no médio.

Nos pontos traumatizados há uma hipertrofia da camada córnea (hiperqueratose) que, segundo informa, produziu-se depois do traumatismo pela mordedura nos pontos mencionados.

Também morde o lábio superior no seu rafe mediano, retirando películas que deglute.

Veio à consulta por apresentar perioníquia supurada do polegar direito, conseqüência possìvelmente de infecção de lesão traumática produzida pela onicofagia.

O caso faz-nos lembrar o de Osvaldo G. Costa, publicado em "O Hospital" e referente a uma criança de 10 anos, que adquirira o tique de morder o dorso das mãos, desenvolvendo-se nos pontos traumatizados um processo de hiperqueratose a que o autor denominou "queratodermia traumática circunscrita do dorso das mãos, de origem neurótica".

Ainda, a propósito dessa nossa comunicação, queremos nos referir a outro caso que acabamos de observar de "onicotilomania com onicofagia", em uma jovem (N.R.), branca, estudante, com aproximadamente 19 anos de idade, que, em momentos de nervosismo, além de arrancar fragmentos das unhas dos dedos das mãos, resultando parcial mutilação, tem o hábito de cortar, com os dentes, as bordas das mesmas, deglutindo os fragmentos cortados. Obermayer é de opinião que, nestes casos de onicotilomania, ha sempre ilusão de parasitose. No caso citado trata-se, porém, de um tique nervoso independente dessa preocupação.

RESUMO

É apresentado caso que foi denominado "ônico-dérmato-queilofagia", em um jovem de 16 anos que adquirira o tique de roer as unhas, o lábio superior e a pele das mãos, ao nível das articulações falangino-falangetas, na face palmar, desenvolvendo-se nos pontos traumatizados pequenas placas de hiperqueratose. Outro caso, rotulado como sendo de onicotilomania e onicofagia associadas, é também citado.

Endereço do autor: rua Rio de Janeiro, 1.662 (Belo Horizonte).

Folliculitis depilans corporis

André Petrarca de Mesquita

O registro de um caso de Folliculitis depilans corporis (1) (foliculite depilante de Arnozan e Dubreuilh) visa a chamar a atenção para o assunto, pois, com exceção de alguns tratados de dermatologia (2, 3, 4, 5), raramente encontramos referências a estas foliculites na literatura dermatológica que compulsamos. Contudo, Fariñas e Castello (6) constataram que estas foliculites são relativamente freqüentes em Cuba e nas Antilhas, principalmente entre os lavradores, e mais ainda entre os que se dedicam à lavoura de cana de açúcar.

Entre nós, Pena Peixoto (7) descreveu minuciosamente um caso que teve ocasião de observar, mencionando ainda 3 casos de Joaquim Motta, 2 casos não publicados do serviço do Prof. Ramos e Silva, e ainda mais 1 caso, também não publicado, do serviço do Prof. Parreiras Horta. Além dêstes casos, tivemos ocasião de observar mais alguns, um dos quais foi por nós publicado (8). Temos a impressão de que a foliculite epilante, longe de ser freqüente, não é, entretanto, tão rara como geralmente se admite.

Nosso paciente, F.M.S., branco, brasileiro, natural de Minas Gerais, de 30 anos de idade, casado, servente, nada digno de nota relatou em seu passado mórbido, negando antecedentes venéreos e sendo negativos seus exames sorológicos. Referiu, contudo, que, há cêrca de sete anos, ainda em Minas Gerais, onde residia, apresentou eczema nos membros inferiores, eczema êste que durou cêrca de seis meses e do qual o paciente se considera curado. Os pêlos não foram então afetados, conservando-se normais até o início da doença atual.

As lesões que descreveremos datam de quatro anos, aproximadamente, e se iniciaram por discreto prurido nos membros inferiores. Trabalhava, já então, na cidade do Rio de Janeiro, como operário em construção civil (fundações) e seu serviço consistia em fazer escavações no solo e em remover a terra delas resultante. Mencionou que suas lesões se atenuam no inverno e recrudescem

---

Caso apresentado à Soc. Brasil. de Dermat., em 25-5-1960, e observado na Clínica Dermatológica do Hospital Eduardo Rabelo (Serviço de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro. Cátedra do Prof. Hildebrando Portugal. Médico da Clínica Dermatológica do Hospital Eduardo Rabelo.

no verão, sendo o prurido o primeiro indício do aparecimento de novas lesões.

Nosso paciente, homem de sistema piloso bem pronunciado, apresentava, no entanto, grandes áreas epiladas, que abrangiam dois têrços das nádegas, grande parte das coxas e quase a totalidade de ambas as pernas. No antebraço direito e no bigode, notamos ainda lesões de foliculite, com destruição de alguns pêlos. As lesões que assinalamos se apresentam limitadas por uma orla de elementos eritêmato-pápulo-pustulosos foliculares, que limitam a área depilada. Tal área, que constitui a parte central da lesão, é inteiramente glabra, de aspecto normal, notando-se, entretanto, pequenas depressões crateriformes cicatriciais, punctiformes e bem visíveis ao nível dos folículos destruídos. A orla de foliculite, que circunda as placas epiladas, não tem largura uniforme, achando-se as lesões de foliculite mais intensamente grupadas e em maior número nas zonas de maior atividade e progressão do processo folicular. Nos elementos eritêmato-pápulo-pustulosos, que constituem a foliculite, e que são centralizados por um pêlo, nem sempre coexistem eritema, pápula e pústula, podendo faltar um ou dois dêstes elementos, conforme a idade da lesão folicular, que se inicia com eritema e pápula e se torna pustulosa, destruindo o pêlo, e

Figura 1

deixando, em seu lugar, uma depressão punctiforme cicatricial e definitiva. Como decorrência do processo folicular, nosso paciente apresentava flagrante contraste de grandes áreas, inteiramente glabras, ao lado de zonas intensamente pilosas, nas nádegas e nos membros inferiores (figs. 1 e 2).

Figura 2

Iniciamos o tratamento de nosso doente administrando, por via endovenosa, injeções diárias de uma associação tetraciclina-oleandomicina (Sigmamicina), durante uma semana (de 12 a 19-2-1960). Com êste tratamento, obtivemos apreciáveis melhoras das lesões das nádegas e dos membros inferiores, tendo desaparecido as lesões ativas do bigode e do antebraço direito.

Após breve pausa terapêutica, ocasionada pelo não comparecimento do paciente à consulta e por falta do medicamento, reiniciamos o tratamento em 4-3-1960, com a mesma associação tetraciclina-oleandomicina (Sigmamicina) e com a tetraciclina (Tetrin e Tetrex), medicamentos êstes que foram usados por via intramuscular (a maior parte), mas também pelas vias endovenosa e oral, tendo ainda o paciente tomado três injeções intramusculares (uma por

dia) de Kanamicina. Com êste tratamento, que não teve uma regularidade perfeita, mas que durou até 24-4-1960, acentuaram-se as melhoras do paciente, achando-se as lesões em franca regressão e não acusando êle qualquer sensação de prurido, sinal de início de novas lesões e de progressão da doença.

Depois de nova interrupção do tratamento, por falta de medicamentos, foi o mesmo reiniciado, em 5-5-1960, com duas injeções intramusculares diárias de tetraciclina (Steclin V), tendo sido aplicadas 20 injeções em 10 dias.

Ao fim dêste tratamento (15-5-1960) o paciente não mais apresentava lesões de foliculite, exibindo sòmente, como reliquat, as áreas depiladas.

RESUMO

Depois de referir-se à escassez bibliográfica quanto à foliculite depilante de Arnozan e Dubreuilh, o A. descreve caso que teve ocasião de observar, estudando o aspecto clínico e a evolução das lesões. O tratamento por antibióticos de largo espectro (tetraciclina e associação tetraciclina-oleandomicina) deu bons resultados, produzindo o desaparecimento das lesões foliculares.

SUMMARY

Calling attention to the bibliographic scarcity about folliculitis sycosiformis atrophicans corporis, the author describes one case that he had the oportunity of follow, studying the clinical aspects and the evolution of the lesions. The treatment by means of wide spectrum antibiotics was applied with success leading to the disappearance of the folicular lesions.

RÉSUMÉ

L'auteur, après se rapporter a la rareté des travaux sur la Folliculite Sycosiforme d'Arnozan et Dubreuilh, décrit un cas, signalant l'aspect clinique et evolutiv.

Le traitment par des antibiotiques à large spectrum (association tetracicline-oleandomycine) a guerit les lesions folliculaires.

CITAÇÕES

1 — Rabello, F. E.: Nomenclatura dermatológica. An. brasil. de dermat. e sif., 30: 114 (junho) 1955.

2 — Darier, J.: Folliculites dépilantes cicatricielles-Précis de Dermatologie, 2ª ed., Paris, 1928. Masson & Cia., ed., pág. 519.

3 — Sabouraud, R.: Folliculites. Nouvelle Pratique Dermatologique Paris, 1936. Masson & Cia., ed., tomo IV, pág. 167.

4 — Gougerot, H: Pyodermites pilo-sébacées. Encyclopédie Médico-Chirurgicale — Dermatologie, 2.ª ed., 1939, vol. I, 12.030 K — pág. 2.

5 — Le Coulant: Pyodermites pilo-sébacées. Encyclopédie Médico-Chirurgicale — Dermatologie, 1.ª ed., 1948, tomo I, 12.033-02, pág. 6-7.

6 — Fariñas, P., e Pardo Castello V: Folliculitis depilante de la piel lampiña (Arnozan e Dubreuilh). Boletin de la Soc. Cubana de Dermat. e Sif., 14:7 (março-junho), 1957.

7 — Pena Peixoto, J.: Foliculite depilante das partes glabras de Arnozan e Dubreuilh. An. brasil. de dermat. e sif., 19:31 (set.), 1944.

8 — Petrarca de Mesquita, A.: Foliculite depilante de Arnozan e Dubreuilh. An. brasil. de dermat. e sif., 19:78 (junho), 1944.

NOTA: aos Laboratórios Pfizer (Sigmamicina), Laborterápica-Bristol (Tetrin e Tetrex), Lafi (Kanamicina) e Sgur (Steclin V), nossos agradecimentos pelos medicamentos fornecidos.

Endereço do autor: rua Paula Freitas, 32, ap. 317 (Rio de Janeiro).

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 24 de junho de 1959

O Sr. Presidente comunica à Casa o recebimento de ofício da Sociedade Médica Brasileira, propondo a filiação ou o vínculo, mediante convênio, da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia. O Dr. André Mesquita sugere que, inicialmente, seja ouvida a Sociedade Médica do Distrito Federal. Após debate sôbre o assunto, ficou assentado que, preliminarmente, deverá haver entendimento direto com a S.M.B., por intermédio do Sr. Presidente, quando de sua próxima visita a São Paulo. Foram aprovadas as propostas do Dr. Georges Silva, para sócio efetivo, e do Dr. A. Basek, para sócio correspondente.

ORDEM DO DIA:

LICHEN STRIATUS — DRS. A. PADILHA GONÇALVES, ARTUR PORTO MARQUES e NELSON VICTOR OLIVEIRA

M.A.S., de 3 anos de idade, pardo, brasileiro, natural e residente no Rio de Janeiro, e matriculado, sob n.º 32.948, no Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (Diretor: Prof. J. Ramos e Silva), em 16 de abril de 1959. Apresenta erupção cutânea, assintomática, surgida há dois meses, localizada no abdome. Manifestações semelhantes se seguiram, um mês após, no membro inferior direito, e, há uma semana, no membro superior direito. A mãe informa ser o paciente nervoso (sic). O exame geral dos aparelhos e sistemas não revela nada de notável. Trata-se de criança com bom desenvolvimento físico e mental, um pouco emagrecida e com as mucosas visíveis levemente descoradas.

Exame dermatológico: tôdas as manifestações cutâneas estão situadas na metade direita do corpo. São constituídas por pequenas lesões, apenas ligeiramente elevadas, de coloração ardosiada ou hipocrômicas, poligonais na sua maioria, confluentes na sua quase totalidade, com arranjo perfeitamente linear, ou esboçando distribuição zoniforme, e com hiperqueratose em determinados pontos. Localizam-se nas seguintes áreas cutâneas: faixa no membro inferior direito, partindo do bordo interno da arcada plantar em direção ao maléolo interno, onde há hiperqueratose, seguindo pela face interna da perna, passando pela região poplitéia, e subindo pela face interna da coxa, até a raiz da mesma; esbôço de arranjo, em faixa horizontal, no meio da nádega direita; faixa situada na metade inferior, direita, do tronco; faixa saindo do meio da face anterior do punho direito, caminhando sôbre a zona radial da face anterior do antebraço, até o princípio do braço; faixa horizontal situada no rebordo axilar direito, no meio da região supramamária direita.

Exame complementares (em 15-6-59): presença de ovos de Ascaris lumbricoides e de Trichiuris trichiura, nas fezes; reações de Wassermann, Kahn e Kine negativas; hemátias, 4.300.000; hemoglobina, 11 gr %; hematócrito, 41; leucócitos, 9.500; eosinófilos, 2%; formas em bastão, 5%; segmentados, 55%; linfócitos, 36%; monócitos, 2%; exame de urina (em 18-6-59): volume, 230 cc.;

reação ácida; densidade, 1.024; traços de pigmentos biliares, células epiteliais, descamativas, das vias urinárias inferiores; leucócitos: 3 a 4 por campo.

Exame histopatológico — epiderme: hiperqueratose, com bôlhas queratósicas, porém sem paraqueratose. Em alguns pontos, observam-se células disqueratósicas, sem núcleo (corpos redondos), na camada córnea e, ocasionalmente, no corpo mucoso de Malpighi. A camada granulosa está conservada e há acantose moderada, com edema inter e intracelular. Há infiltração leucocitária, com desorganização da basal, nos pontos em que esta é mais densa. Nota-se, também, incontinência pigmentar. Derme: infiltrado inflamatório, inespecífico, constituído, principalmente, de linfócitos, histiócitos e numerosos melanóforos, localizado nas zonas papilar e subpapilar, disposto ao redor dos vasos e acompanhando as glândulas sudoríparas, até a derme mais profunda. Encontra-se, na derme papilar, onde o infiltrado é mais denso, pronunciado edema e corpos arredondados, homogêneos e acidófilos, que não se coram pelo mucicarmim (bolas colóides). Ausência de fibras elásticas, nas áreas de infiltrado mais denso (P.C. 1.157).

Evolução: durante um mês, foram administradas ao paciente injeções de 100.000 unidades de vitamina A, de 3 em 3 dias, e injeções de extrato esplênico, também de 3 em 3 dias, tendo havido alguma regressão das lesões. Depois, passou a tomar, "per os", anti-histamínicos e vitamina B_{12}. Tem mantido êsse tratamento durante um mês, aproximadamente, conservando o mesmo ritmo lento de melhora, observado com a terapêutica anterior.

COMENTÁRIOS:

Prof. Oswaldo Costa — Acha que êstes casos não são raros, já tendo visto outros dois, em Belo Horizonte, ambos com localização nos membros inferiores. É de parecer que a etiologia não está bem positivada. Compara a doença a uma eczematide linear acromiante.
que, pelo contrário, são raros os casos, tendo tido ocasião de observar apenas alguns, diagnosticados, erròneamente, como liquen plano.

LEISHMANIOSE VEGETANTE — PROF. H. PORTUGAL e DR. PENA PEIXOTO

Os autores diagnosticaram, inicialmente, cromoblastomicose, devido à extensão da lesão. Os exames, entretanto, foram negativos. Souberam, pela anamnese, que o doente procedia do Estado do Espírito Santo, considerado foco endêmico de leishmaniose. Observaram a localização das lesões sôbre uma antiga cicatriz, provàvelmente primo-infecção. Vêm usando "Cantine", como tratamento, com resultados promissores.

Prof. R. D. Azulay — Declara não haver, ainda, visto tanta exuberância de lesão, o que leva a considerar, êste, um caso raro. Deseja saber a evolução e o resultado terapêutico.

Prof. H. Portugal — Informa ser seu desejo acompanhar o paciente, até o fim. Pensa em tentar a eletrocoagulação.

Dr. D. Peryassú — Discorda da raridade alegada e comenta que, outrora, êsses casos eram bem freqüentes.

TUBERCULOSE LIQUENÓIDE — PROF. H. PORTUGAL e DR. PENA PEIXOTO

COMENTÁRIOS:

Dr. A. Padilha Gonçalves — Indaga sôbre a reação à tuberculina e sôbre a existência de focos de tuberculose. Sugere estudo imuno-alérgico.

Dr. D. Peryassú — Considera o caso interessante, sendo de parecer que o importante é o achado nos cortes (a necrose). Esclarece que, no passado, só havia uma denominação para a tuberculose liquenóide e para o lichen scrofulosum.

Dr. Mario Rutowitsch — Pensa tratar-se de tuberculose liquenóide.

Prof. H. Portugal — Informa que a reação à tuberculina não foi realizada. Acha que a estrutura histológica e a presença de células gigantes têm valor relativo, sendo a necrose o mais importante.

CASO DE MOLUSCO CONTAGIOSO APRESENTANDO LESÃO LINEAR — PROF. R. D. AZULAY e DR. J. SERRUYA

T. C. Freitas, de 4 anos, branca, natural do Rio de Janeiro, fichada, sob o n.º 4.054, na Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade Nacional de Medicina, em 18-5-59. Doença iniciada, há 5 meses, por lesão no antebraço esquerdo, e, há um mês, por outras lesões na região occipital.

Exame dermatológico: Observam-se, na face externa do antebraço esquerdo, duas lesões lineares, papulosas e brilhantes, medindo 1 cm a maior e 8 mm a menor. Na extremidade superior da menor, porém separada da mesma, observa-se pápula pequena e arrendondada. Há, na região occipital, cinco papuletas, bem globosas e brilhantes, sem umbelicação.

Exame histopatológico: foi biopsiada uma das lesões lineares: revelou estrutura típica do molusco contagioso (lâmina n.º 8.382).

O caso é apresentado por ser a primeira vez que os relatores observam lesão linear em molusco contagioso. Gostariam de conhecer a experiência dos colegas sôbre o assunto. Acham que, em se tratando de doença a vírus, a lesão linear deve decorrer de inoculação produzida, provàvelmente, por arranhão.

COMENTÁRIOS:

Prof. Oswaldo Costa — Declara nunca haver observado o molusco em disposição linear. Acha plausível a existência de ambas as viroses, à semelhança do que ocorre com as verrugas.

Dr. Mario Rutowitsch — Menciona caso de sua observação, onde as lesões se distribuiam nas nádegas.

PORFÍRIA CUTÂNEA TARDA — PROF. PAULO S. LACAZ e DR. SYLVIO FRAGA

José de Paula Pinto, de 43 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais e residente no Estado do Rio de Janeiro. Encontra-se doente há cêrca de 15 anos, quando, após intoxicação por Panvermina (sic), passou a apresentar "fraqueza" da pele, que não resistia aos menores traumatimos. Alcoólatra moderado, alimenta-se insuficientemente, qualitativa e quantitativamente.

Exame clínico: lesões localizadas nos membros superiores, principalmente nas mãos, onde se observam distrofias ungueais, com retração das extremidades digitais e imensas crostas ocupando áreas de bôlhas pré-existentes.

Exames complementares: presença de uroporfirina e coproporfirina em quantidades normais.

Diagnóstico: porfíria cutânea tarda.

COMENTÁRIOS:

Prof. Paulo S. Lacaz — Discorre, longamente, sôbre as porfírias.

Prof. Oswaldo Costa — Declara ter visto vários casos de porfíria, tendo observado que, por defeito de laboratórios, ela não tem sido bem diagnosticada. Comunica um caso de porfíria cutânea, o qual tenciona rever. É possível que o mesmo seja sintomático, uma vez que o doente é etilista.

Dr. Sylvio Fraga — Propõe que o caso, o primeiro observado, seja inscrito nos Anais da Sociedade.

CIRURGIA PLÁSTICA EM BASALIOMA EXTENSO DA REGIÃO TEMPORAL — DR. SYLVIO FRAGA

O relator projeta e descreve a técnica operatória, a qual tem dado brilhantes resultados.

Seção de 29 de julho de 1959

O Sr. Vice-Presidente, R.D. Azulay, inicia a sessão apresentando as propostas, para sócios efetivos, dos Drs. Gregório Gonçalves Leonardo, Luiz Garcia Sorocaba e Joracy Gripp Costa. Foram tôdas aprovadas. O Dr. Sylvio Fraga comunica à Sociedade o seu próximo afastamento do país, pelo prazo de 6 meses. O Sr. Presidente comunica o recebimento de carta do Dr. Francisco Kerdel Vegas, de Caracas, Venezuela, agradecendo a sua eleição para sócio correspondente da Sociedade.

ORDEM DO DIA:

BULOSE CRÔNICA BENIGNA FAMILIAR (HAYLEY-HAYLEY) EM DOIS IRMÃOS — PROF. R.D. AZULAY e DRS. E. AZULAY e J.D. AZULAY

COMENTÁRIOS:

Prof. R.D. Azulay.— Esclarece tratar-se de cinco irmãos, sendo dois doentes, curados com radioterapia, tendo havido, entretanto, recidiva em um caso.

Dr. Glyne L. Rocha — Refere já ter apresentado, na Sociedade, caso semelhante.

Dr. Edson de Almeida — Informa que, nos casos da doença que viu, nos Estados Unidos da América, as lesões situavam-se, de preferência, nas axilas, contràriamente aos outros casos conhecidos, cujas lesões predominavam no pescoço.

Prof. R.D. Azulay — Corrobora a informação do Dr. Edson de Almeida, dizendo que, na realidade, a localização preferencial é a axilar, podendo, porém, também ser encontradas lesões no pescoço, fugindo, assim, à regra.

INFILTRAÇÃO LINFOCÍTICA — PROF. J. RAMOS e SILVA, DRS. A. PÔRTO MARQUES e A. PADILHA GONÇALVES

C.O.C., de 36 anos, branco, natural do Rio de Janeiro, solteiro, servidor público (limpeza urbana), residente na Pavuna, matriculado sob o n.º 33.889, em 7-7-59, no Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. É portador de erupção cutânea, discretamente pruriginosa, acompanhada de sensação de queimadura, evoluindo há um ano e seis meses, aproximadamente. A erupção tem apresentado fases de remissão completa, durante as quais só se notam resíduos maculosos pigmentares, seguidas de recidivas. As lesões desapareceram, durante certo período em que ficou internado em um Hospital. Tem se submetido a tratamentos diversos, entre os quais extratos de fígado e corticosteróides.

Exame geral dos aparelhos e dos sistemas, nada revelou de importante.

Exame dermatológico: lesões cutâneas localizadas na face, no pescoço (sobretudo na nuca), na região pré-esternal superior, na parte superior do tórax, nos ombros e nos membros superiores, principalmente na face de extensão, da parte anterior dos antebraços. Observa-se que só existem lesões nas zonas mais expostas ao sol, coincidindo, no peito, nas costas e nos ombros, com as áreas que ficam descobertas pela camisa de meia, sem mangas, que o paciente usa no seu labor, ao ar livre. As manifestações cutâneas são constituídas, essencialmente, por pápulas edematosas, de coloração rósea ou vermelho sombrio, medindo as menores, ou as mais recentes, um pouco mais de 1 cm. de diâmetro. Algumas destas evoluem, formando placas papulosas, de maiores dimensões, deprimindo-se, por vêzes, a parte central, a qual se pode tornar levemente hipercrômica, permanecendo papuloso o bordo anular. Em outros pontos, se estabelecem arcos de círculo, papulosos, com a parte côncava de tonalidade castanho-arroxeada. Em várias lesões, notadamente no antebraço, há escoriações recobertas por crôstas sero-hemáticas.

Exames complementares: a) exame histopatológico, realizado em 8-7-59 (biópsia n.º 1.189), de lesão recente: epiderme com discreta espongiose e apagamento das papilas, ambas em relação com edema da camada subpapilar, onde há moderada exocitose; notam-se, no derma, infiltrados mais ou menos bem circunscritos, até as partes mais profundas do corte, situados ao redor dos vasos e apêndices, costituídos, quase que exclusivamente, por células linfocitárias, notando-se alguns histiócitos e plasmócitos, e raríssimos neutrófilos; b) pesquisa de porfirina na urina, em 10-7-59: presença de uroporfirina; c) rea-

ção de Mantoux, em 7-7-59, a 1/1.000.000, 1/100.000 e 1/10.000: negativa. Em 20-7-59, provas normais de função hepática.

Evolução e tratamento: três dias após a primeira consulta, percebeu-se que as lesões diminuiram de intensidade. Neste dia, o paciente começou a tomar injeções intramusculares, diárias, de um preparado de cálcio coloidal, e, após 10 dias, verificou-se melhora de 80%. Entretanto, apesar do tratamento, surgiram, três dias depois, novas lesões. Foram, então, prescritas injeções de penicilina benzatina, 300.000 unidades, e penicilina cristalina, 100.000 unidades, de 3/3 dias, além do uso local de pasta com anti-histamínico. Não obstante continuaram, até a presente data, a surgir novas lesões.

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Faz considerações quanto à presença de profirina na urina do doente, acrescentando que uma das características do quadro clínico apresentado é a sua constante recidiva. As lesões cutâneas aparecem e desaparecem, desempenhando a luz solar papel de grande destaque. A seguir, comenta a nomenclatura existente.

Dr. Glyne L. Rocha — Recorda trabalho apresentado, em 1958, em reunião da Sociedade, realizada no Hospital dos Servidores do Estado, onde mostrou seqüência de casos semelhantes. Acha que seria melhor agrupar os casos que têm nomenclatura paralela, não os tratar, mantendo-os, apenas, sob constante observação. Na sua opinião o fator luz, não obstante a presesça de porfirina em doente que assistiu e acompanhou durante quatro meses seguidos, na enfermaria, é um fator a discutir. Parece-lhe que êsse fator, por si só, não é decisivo, mas que haja um foto-biotropismo. O doente, apesar de afastado da luz solar, continuará a ter surtos da doença, seguidos de fases de acalmia. A seguir, congratula-se com o Prof. Ramos e Silva.

Prof. R.D. Azulay — Sugere que, tendo em vista o achado de profirina, seja, para melhores esclarecimentos, o doente encaminhado ao Dr. Lacaz, grande estudioso do assunto das porfirinas.

Prof. J. Ramos e Silva — Declara que há anos pesquisa a porfirina, porém não tem contado com a colaboração de pesquisadores capacitados para tal mister, bem como tem lutado com a falta de aparelhagem adequada para semelhantes estudos.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Diz haver estado da reunião da Sociedade, realizada no Hospital dos Servidores do Estado, em 1958. Considera original a presença de porfirina, particularmente por se encontrarem em boas condições clínicas as funções hepáticas do doente. Menciona série de casos afins que, diàriamente, passam pelos serviços, sem serem devidamente diagnosticados. Na sua opinião, a influência da luz no doente apresentado tem bastante influência, pois o mesmo, sendo gari de profissão, usa, por hábito, camiseta sem mangas, apresentando lesões localizadas no ombro, exposto e desprotegido.

SARCOÍDOSE — PROF. J. RAMOS e SILVA, e DRS. D. PERYASSU, G. MANGEON e A. PÔRTO MARQUES

Maria da Glória Vicente, de 38 anos, parda, natural de Minas Gerais, casada, doméstica, residente à rua Taiutá n.° 40, no Estado do Rio, registrada sob n.° 33.173, em 5-5-59. A doença teve início há dois anos, aproximadamente, em progressão lenta, porém atingindo, a um só tempo, todos os pontos presentemente afetados. Em fevereiro de 1959, foi-lhe administrado Az 8 e Decadron, tendo notado melhoras. Em virtude da doença, foi obrigada a operar-se das amídalas, devido à dificuldade de engulir. Paralisia facial D. e paresia dos membros direitos, datando de época anterior à doença atual. Dor, provocada, discreta, sôbre as lesões da face. Normotipo subnutrido. Doente dócil e de grande receptividade. Poliadenopatia cervical, axilar, epitrocleana, ingüinal e crural, bilateral, sempre com gânglios volumosos, indolores e sem periadenite.

Localização e descrição das lesões: no tegumento, há dois tipos de lesões, as quais podem ser, assim, discriminadas: a) lesões pápulo-tuberosas, hemisféricas, medindo de 1 a 4 mm. de diâmetro, e, no máximo, 3 mm. de altura, de tonalidade róseo-lilás. Estas lesões lenticulares apresentam-se preferentemente isoladas. Quando agrupadas, formam placas irregulares, de contôrno policíclico. Estas placas traduzem o ajuntamento das pequenas lesões pápulo-tuberosas. Tanto nas lesões isoladas como em seus grupamentos, percebem-se teleangiectasias, as quais, pela vitro-pressão se mostram translúcidas e de côr

clara. Estas lesões têm como sede a face, atingindo concomitantemente a fronte e os pômulos, os supercílios, os pavilhões das orelhas e a parte superior do tórax, onde predominam nas regiões supramamárias; b) lesões nodulares, de grandes proporções, formando pequeno relêvo sôbre a pele. Estas lesões, com mais de 5 mm. e atingindo até 2 a 3 cm. de diâmetro, apresentam ligeiro ou nenhum relêvo cutâneo. Distinguem-se pela sua tonalidade vermelho-lilás, tendendo, em algumas, para o arroxeado. São lesões mal delimitadas, formando, por vêzes, massas compactas. A pele de revestimento destas lesões é, em alguns casos, de aspecto atrófico e, em outros pontos, apresenta discretíssima descamação. Pela vitro-pressão, há o aparecimento do aspecto translúcido de geléia de maçã. As lesões dêste segundo grupo encontram-se no baixo ventre, nas regiões glúteas, e, principalmente, nos membros superiores e nos inferiores. Têm sede hipodérmica, na maioria das vêzes. A consistência é elástica, tanto para as lesões do primeiro como para as do segundo grupo. As mãos mostram certa suculência, sendo, aí, a pele luzidia, porém sem atrofia epidérmica. Os 3.º e o 4.º quirodáctilos esquerdos e o 3.º da mão direita esboçam aspecto de vaqueta de tambor. Os membros inferiores apresentam edema e aspecto pseudo-ictioso. As sensibilidades superficiais são normais, tanto nas extremidades superiores como nas inferiores. Nas mucosas foram encontradas as seguintes lesões: nas conjuntivas palpebrais inferiores, conjuntivite antiga, com formação de leves cristais salientes (pseudo-bridas). Pequena pápula situada na conjuntiva bulbar D., e de tonalidade rósea. Na mucosa bucal, observam-se lesões nodulares, absolutamente similares às da fase, localizadas na abóbada palatina e nas lojas amidalianas. Na faringe há lesões de faringite granulosa de aspecto similar ao das lesões da mucosa bucal. Fundo de ôlho normal.

Exame neurológico: fácies atípica, com assimetria facial. Marcha hemiparética. Estática normal. Fôrças: nos membros superiores, diminuída, globalmente à D; nos membros inferiores, diminuída à D., adflexão da coxa sôbre a bacia. Incoordenação à D., na prova dedo-nariz; ligeira incoordenação na prova calcanhar-joelho à D. Tônus prejudicado. Reflexos superficiais: plantar, sinal de Babinski à D.; cutâneo-abdominais, prejudicado (grande flacidez). Reflexos profundos: exaltados à D., com *clônus* do pé do mesmo lado. Há hiperreflexia universal. Sensibilidade superficial (tátil, térmica, dolorosa) normal. Sensibilidade profunda: normal. Pares cranianos: semiològicamente normais.

Exames complementares: sorologia, em 8-6-59: W., negativa; Kh., negativa; Kl., negativa; hemograma, em 5-5-59: Hm., 4.200.000, Hg. 11g., Ht., 40. Leuc. 8.600, E. 8, B. 7, S. 50, M. 3, L. 32, plaquetas normais; hemograma, em 1-7-59: Hm. 4.400.000, Hg. 12 g., 42, Leuc. 7.400, E. 5, B. 4, S. 69, M. 1, L. 21, plaquetas normais; bacteriologia, em 8-6-59: pesquisa de B.A.A.R. no muco nasal e em frotis de pele: negativa; hemo-sedimentação, em 1-7-59: 1.ª hora, 16; 2.ª hora, 42; Índice de Katz, 34; química sangüínea, em 1-7-59: glicose, 100 mg.%; colesterol, 170 mg.%; sódio, 311 mg.; potássio, 21,8 mg.; cloro, 760 mg.; proteínas, 8,0; albumina, 4,3; globulina, 3,5; cálcio, 9,5; histologia patológica, em 5-5-59 (biópsia n.º 1.163): ns. 1 e 3 (face) — granuloma tuberculóide constituído quase exclusivamente de células epitelióides; n.º 2 (coxa) — granuloma tuberculóide profundamente situado, com predominância de células epitelióides e de disposição nodular; biópsia n.º 1.182 (gânglio cervical): grandes áreas claras constituídas quase exclusivamente de células epitelióides; punção esternal, em 5-5-59: mielograma normal; punção ganglionar, em 5-5-59: ausência de células atípicas; reação de Mitsuda (face interna b.d.): em 11-6-59, negativa; em 15-6-59, negativa; em 30-6-59, negativa; reação de Mantoux, em 26-6-59: 1/1.000.000 e 1/100.000; em 27-6-59: pap. 2 mm. e pap. 4 mm.

COMENTÁRIOS:

Dr. A. Pôrto Marques — Considera que os autores se referem a diagnósticos que foram aventados no início, como, por exemplo, o de lepra, e tendo sido negativa a reação de Mitsuda, indaga se a sarcoidose tem ação impeditiva sôbre o Mitsuda.

Prof. H. Portugal — Acha importante a ausência de necrose nos cortes histológicos. E de parecer que a estrutura epitelióide não é patognomônica, uma vez que a lepra tuberculóide apresenta estrutura semelhante. A necrose pode existir, particularmente nas vísceras: é a necrose fibrinóide e não a caseosa, como ocorre na tuberculose.

Prof. F.E. Rabello — Refere ser mérito dos dermatologistas terem descoberto a doença em aprêço, hoje do pleno conhecimento dos clínicos e dos tisiologistas. Êste caso constitui o 8.º ou o 9.º, em 20 anos, apresentado no Brasil. A côr do doente é, via de regra, melanodérmica. Nos Estados Unidos da América é freqüente a doença, nos negros. Nos casos brasileiros, a reação de Mitsuda tem sido negativa. É grande o interêsse por êsses casos, sobretudo pela pobreza da síndrome cutânea.

Prof. Oswaldo Costa — Felicita os autores, sobretudo pela raridade do caso.

Dr. Glyne L. Rocha — Refere três casos de sua observação, em um dos quais verificou que, no ponto de picada da agulha, para o teste de Mitsuda, surgiu, vinte e um dias após, estrutura sarcoídica.

Prof. A. Carlos Pereira — Indaga se o paciente se encontrava submetido à administração de cortisona, pois é de parecer que esta influi sôbre o resultado do Mitsuda.

Prof. J. Ramos e Silva — Esclarece que o paciente não estava submetido à administração de cortisona, quando foram realizados os exames.

Dr. Edson de Almeida — Chama a atenção para o aparecimento de lesões sistêmicas, concomitantemente com as dos dedos das mãos. Refere ter obtido o mesmo resultado que o Dr. Glyne Rocha. Acha que a presença de células gigantes invalida o diagnóstico de sarcoidose.

Prof. R.D. Azulay — Afirma ter sido o primeiro a realizar o Mitsuda em casos de sarcoidose, sempre com resultados negativos, tendo havido, apenas, uma exceção. Publicou, em 1945, trabalho referente ao assunto. É de opinião que, na sarcoidose, há certa anergia, também patente em outros antígenos. Preconiza sejam os portadores desta enfermidade testados, também, com tricofitina, histoplasmina, etc.

Prof. J. Ramos e Silva — Informa haver o British Journal publicado trabalho sôbre o assunto, com palavras semelhantes às emitidas, no momento, pelo Prof. Azulay.

TRATAMENTO DA ESCLERODERMIA PROGRESSIVA PELA PROGESTERONA — DR. D. PERYASSU

Primeira observação: Celestina Xavier de Jesus, de 76 anos, mestiça, natural da Bahia, viúva, doméstica, residente no Rio de Janeiro, registrada sob n.º 33.426, em 26-5-59. A doença tem evolução de mais de um ano. A doente acusa dores pelo corpo e, ao deglutir, dores na região esternal e no epigástrio. Sente prurido. Não há repercussão ganglionar.

Localização e descrição das lesões: localizam-se na parte superior do tórax e nos membros superiores, em processo constituído por pontos acrômicos, dando à pele aspecto mosqueado e em malha. Os membros inferiores apresentam edema e descamação. Há atresia da bôca. Todo o tegumento da face, do tórax e dos membros, encontra-se endurecido, com maior acentuação nos membros superiores e na região peitoral. Há, nos pontos de relêvo ósseo e nas extremidades dos dedos, ulcerações numulares, bem limitadas. Acroasfixia.

Exames complementares: radiografia, estenose do esôfago. Biópsia n.º 1.172: esclerodermia. Diagnóstico: esclerodermia progressiva.

Segunda observação: Maria das Dores Marques, de 34 anos, branca, natural de Portugal, casada, doméstica, residente no Rio de Janeiro, registrada sob n.º 19.172, em 3-12-54. Encontra-se doente há 14 anos. Queixa principal: dor. Longilínea, apresentando bom estado geral.

Localização e descrição das lesões: perda de elasticidade dos lábios e nariz afilado. Dedos flexionados e endurecidos. Unhas encurvadas e exulcerações nas extremidades. Pontos de teleangiectasias nas faces palmares. Derrame da bainha de extensão dos antebraços. Aderência profunda da musculatura das pernas. Formações calcáreas nas pernas. Diagnóstico: esclerodermia progressiva.

Considerações sôbre os dois casos: as presentes doentes, portadoras de esclerodermia progressiva, como foi possível verificar no exame clínico, mostram alterações que, indiscutivelmente, não serão modificadas por qualquer tipo de tratamento. A presente medicação, consistindo no emprêgo de progesterona (Primolut Depot), na dose de 125 mg. aplicada uma vez por semana, mostrou-se incontestàvelmente eficaz, alterando o curso da doença nos seguintes caracteres: a paciente Celestina passou a levantar-se sòzinha, após a segunda injeção, acusando diminuição de dor sôbre os braços e as mãos. As ulcerações das pontas

dos dedos, das mãos e dos cotovelos mostraram início de cicatrização. A presente paciente recebeu, até o momento, 6 injeções do hormônio.

A segunda doente, Maria das Dores Marques, portadora de quadro bastante avançado (19 anos de duração) e irredutível a tôda a terapêutica ensaiada, mostrou alterações não menos características que a paciente anterior, após a 3.ª injeção. Embora não acuse melhoras, sente, todavia, a libertação da pele dos planos profundos, em todo o tegumento, em geral. Na 4.ª injeção, a doente reconhece, indiscutìvelmente, a melhora do seu quadro clínico, atestada pela movimentação mais fácil da pele, seguida de desaparecimento da sensação de prisão dos seus movimentos. As lesões ulcerosas das pontas dos dedos vêm involuindo ràpidamente.

COMENTÁRIOS:

Dr. D. Peryassu — Apresentando o caso, solicita aos colegas que observem tratamento igual, em casos semelhantes, a fim de haver maior possibilidade na colheita de dados. Refere ter aplicado o "Relaxin", em caso de doente do I.A.P.I., em que os nódulos, em número de 11, que se distribuíam pela superfície cutânea, ficaram reduzidos a apenas 2, após o tratamento.

Prof. J. Ramos e Silva — Esclarece que a doente apresentada pelo Dr. Peryassu, antes do emprêgo da progesterona, submeteu-se a tôda espécie de tratamento conhecido, sempre com resultados negativos. Com o emprêgo de injeções de progesterona, à razão de uma empôla semanal, logo se fizeram sentir resultados promissores. Cita caso do Dr. Senise, tratado com sucesso.

Dr. Almir Azevedo — Indaga se, antes do tratamento com hormônio, foi dosada a taxa glicêmica, pois, com dois doentes seus, essa taxa foi modificada.

Dr. D. Peryassu — Informa não haver sido feita a dosagem, porém que, de futuro, passará a observá-la, antes e após o tratamento hormonal.

Dr. Jarbas A. Porto — Revela-se pessimista quanto aos resultados a colher no tratamento da esclerodermia. Não pode deixar, todavia, de felicitar o Dr. Peryassu por mais uma tentativa nesse sentido.

AMILOIDOSE CUTÂNEA GENUÍNA FAMILIAL — DRS. JARBAS A. PORTO e A. POSSE FILHO

Primeiro caso: A.P.N., brasileira, branca, de 26 anos (irmã de I.N.P., caso II) informa que, desde criança, é portadora de manchas escuras, situadas nas pernas, e que, há muitos anos, apresenta o mesmo tipo de lesão no dorso. Submeteu-se a tratamento antiluético, há 4 anos, com injeções de arsênico e bismuto, em virtude de sorologia positiva. Goza de boa saúde. Tem 9 irmãos, dos quais uma irmã apresenta dermatose semelhante. Os demais são sadios.

Exame dermatológico: mancha hipercrômica, de côr pardo-acastanhada, de forma triangular, com ápice voltado para baixo, situada na região inter-escapulo-vertebral. Em disposição simétrica, à altura da 2.ª vértebra dorsal, observam-se manchas arredondadas, hipercrômicas, de tonalidade mais escura do que a pele circunjacente, constituídas de micromáculas achocolatadas, em disposição catenulada, formando curtas fieiras, separadas por pele aparentemente hipocrômica. Algumas destas lesões puntiformes são discretamente elevadas, o que se comprova melhor pela inspeção do que pela palpação. A paciente informa que estas lesões são, eventualmente, pouco pruriginosas. Nota-se, nos dois têrços inferiores de ambas as pernas, pele sêca, de aspecto ictiosiforme, levemente hipercrômica. Ao nível do têrço médio da crista da tíbia, há acentuação da hipercromia e da xerose, notando-se tendência a disposição moniliforme de elementos micromaculosos acastanhados. Informa atravessar crises de prurido nas pernas, as quais aparecem raramente. Há um ano que elas não se verificam.

Exames histopatológico: amyloidosis cutis (dorso e perna esquerda).

Segundo caso: N.P., de 35 anos, branca, brasileira, casada. Informa que, desde criança, é portadora de manchas hipercrômicas, situadas nos joelhos, e que, sucessivamente, lesões semelhantes têm aparecido em outras áreas do corpo. Há 5 anos, surgiram manchas escuras na face. Uma irmã (caso I) apresenta a mesma dermatose. Tem mais 8 irmãos de boa saúde. O pai sofre de T.P. A mãe sofre de prurido crônico dos membros inferiores (sic). Menciona as seguintes associações mórbidas: dismenorréia, cervicite, salpingite, úlcera gastro-duodenal.

Exames de laboratório: exame parcial de urina, hemograma, sorologia para sífilis, dosagem de proteínas totais e relação A/g. normais. O exame de fezes revelou a presença de Giardia intestinalis.

Exame dermatológico: a paciente apresenta manchas, de tonalidade pardo-acastanhada e achocolatada, nas seguintes áreas: em tôrno da face de extensão dos joelhos, nas regiões infra-escapular direita e na trocanteriana esquerda, e na face de extensão do cotovelo direito. As máculas são lisas, planas, não infiltradas, com limites imprecisos, que se perdem, insensìvelmente, na pele circunjacente, e de tamanho que varia entre o numular e o de grande placa. Observa-se, nas regiões supramaleolares, aspecto ictiosiforme. Em algumas manchas, a pigmentação é formada por máculas puntiformes, em distribuição catenulada. Há, na lesão da região trocanteriana, pontilhado hipercrômico, em tôrno da área maculosa. Nesta, observam-se lesões micropapulosas, mais visíveis do que palpáveis. A paciente queixa-se, nesta última lesão, de prurido moderado e por crises.

Exame histopatológico: amyloidosis cutis (faces de extensão do cotovelo direito, de extensão do joelho do joelho esquerdo e região trocanteriana direita).

COMENTÁRIOS:

Dr. Jarbas A. Porto — Chama a atenção para os casos apresentados, lembrando que outros semelhantes têm sido diagnosticados apressadamente, como se se tratassem de outras dermatoses.

ESPOROTRICOSE EM CRIANÇA — DR. JARBAS A. PORTO

N.C.O., de 6 anos, branco, brasileiro. Segundo informações de sua mãe, apresentou, aproximadamente há 4 meses, lesão pustulosa, na região infra-escapular direita, que não regrediu com o uso de vários tópicos. Transformou-se em "ferida" (sic) que tem aumentado de tamanho. Um mês depois, notou o aparecimento de "mancha roxa", que se transformou em "carôço", do lado, da primeira lesão.

Exame dermatológico: na região escapular direita, observa-se lesão ulcerosa, rasa, de forma oval, medindo 3,5 cm. x 2,5 cm., com fundo papilomatoso coberto por crostas amareladas, bordos franjados, infiltrados e bem delimitados, não dolorosa à palpação bidigital. Ao lado desta lesão, nota-se nódulo subcutâneo de 1 cm. de diâmetro, móvel sôbre os planos profundos, com ponto de flutuação, e com a pele suprajacente de tonalidade eritêmato-vinhosa. À palpação, são percebidos alguns nódulos miliares, em tôrno desta lesão. Não apresenta adenite axilar.

Exames de laboratório: material purulento obtido após incisão da lesão nodular, e semeado em meio de Sabouraud, deu crescimento a S. Schenkii. O mesmo resultado foi obtido a partir de material retirado por escarificação da lesão inicial.

COMENTÁRIOS:

Dr. Jarbas A. Porto — Refere-se à pouca freqüência de casos dessa natureza e com a localização apresentada pelo doente.

Prof. R.D. Azulay — Menciona casos da mesma doença, em crianças, com localização nasal.

EPITELIOMA BASOCELULAR PLANOCICATRICIAL — DR. JARBAS A. PORTO

M.P.C.F., branca, brasileira, de 52 anos, com boa saúde, informa que, há 4 anos, notou o aparecimento de lesão avermelhada, pruriginosa, na região deltóidea do braço direito. Usou várias pomadas, para tratamento, sem resultado. A lesão aumentou gradativamente de tamanho, até atingir o atual.

Exame dermatológico: apresenta, na região deltóidea do braço direito, lesão numular, psoriasiforme, com centro escamo-crostoso e bordos bem demarcados, policíclicos, representados por discreta elevação linear, mais visível do que palpável. A remoção das escamo-crostas deixa à mostra superfície vermelho-viva, lisa, atrófica, situada ao nível da pele circundante. Não há infiltração perceptível pela palpação digital. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico clínico.

Análises

CONSIDERAÇÕES RELATIVAS À BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA, LOCALIZAÇÕES, SINTOMAS INICIAIS, VIAS DE PENETRAÇÃO E DISSEMINAÇÃO EM 313 CASOS CONSECUTIVOS. J. MACHADO FILHO e J. LISBÔA MIRANDA. *Hospital*, Rio de Janeiro, 58:99 (julho), 1960.

Foi feita uma análise das localizações primitivas e secundárias da blastomicose sul-americana em 306 casos, correlacionando-as também com os sintomas iniciais apresentados pelos doentes e as vias de penetração e disseminação do Paracoccidioides brasiliensis.

Apurou-se que as lesões primárias situaram-se em ordem decrescente de freqüência na cavidade oral, pulmões, laringe e pele, havendo outros órgãos sido afetados inicialmente, em menor número. Os pulmões e gânglios superficiais, seguidos pela cavidade oral, pele e laringe, representaram localizações secundárias de predileção, nesta doença. O comprometimento ganglionar foi sempre considerado secundário, explicando-se um aparente início da doença nos gânglios pela possível existência de lesão primitiva inapercepta.

Nos casos estudados, as mucosas constituiram a mais comum via de penetração do parasito. Como decorrência, supõe-se que a predominância de lesões iniciais na cavidade oral seja conseqüência de seu maior contato com a fonte exógena de infecção.

Os dados colhidos sugerem ser, na BSA, mais freqüente a disseminação por via hematógena. Formula-se, nesta base, a hipótese de serem os pulmões mais afetados secundàriamente, pela existência nestes órgãos da mais rica rede vascular do organismo.

Observou-se nos pacientes uma variação dos sintomas iniciais, relacionada com a sede primitiva da doença. Na cavidade oral preponderaram a dor local e ardência, nos pulmões estavam mais presentes os sintomas pulmonares, na laringe, a disfonia e nos intestinos a diarréia e as cólicas. Em geral, as formas inicialmente viscerais acompanharam-se de intensos sintomas, em oposição às formas tegumentares primitivas freqüentemente assintomáticas.

Resumo dos autores

A PROPÓSITO DE UM CASO DE MICOSE DE LUTZ DE LOCALIZAÇÃO GENITAL E DE SEU TRATAMENTO PELA SULFAMETOXIPIRIDAZINA. ENIO CANDIOTA DE CAMPOS. *Rev. da Ass. Méd. do Rio Grande do Sul*, 3:143 (dez.), 1959.

O autor apresenta a observação de caso de micose de Lutz de localização atípica, ao nível das regiões perigenitais e genitais, tratado com sucesso com nova sulfa de ação lenta, — a sulfametoxipiridazina.

Faz, inicialmente, comentários sôbre a raridade da localização e o seu modo de aparecimento.

A medicação, empregada, inicialmente, na dosagem de 500 mg (1 compr.) por dia, passou, mais tarde, para 250 mg diários, como dosagem de manutenção.

A concentração sangüínea dessa sulfa, verificada mensalmente, manteve-se sempre acima dos níveis terapêuticos considerados ótimos.

A tolerância foi muito boa e o paciente ficou curado de tôdas as suas lesões.

Resumo do autor

ECZEMA AXILAR EM MULHERES. UMA SÍNDROME (AXILLARY ECZEMA IN WOMEN, A SYNDROME). MARCUS SKOGH. *Acta dermato-veneorol.*, 39:369, 1959.

A síndrome consiste de eczema de extensão variável, que afeta sòmente mulheres e que, a princípio, se localiza só nas axilas, com a presença de um teste epicutâneo positivo à formalina. Na sua maioria, as pacientes estão na idade do climatério. Muitas dessas mulheres são nervosas, tensas e sofrem de hiperidrose axilar. A história sugere que, às vêzes, alguns têxteis podem ter significação etiológica.

O início, as recidivas e as exacerbações muitas vêzes ocorrem em momentos de tensão nervosa. Fatôres hormonais podem, também, interferir. A evolução é usualmente prolongada, com repetidas exacerbações. O eczema tem muitas semelhanças com o que é produzido pelo níquel, o eczema hipostático e outras afecções nas quais se pode suspeitar de "auto-sensibilização" a componentes epidérmicos.

Resumo do autor

TRATAMENTO DO PSORÍASE COM INFILTRAÇÃO SUBDÉRMICA DE SUSPENSÃO DE DIACETATO DE TRIAMCINOLONA (TREATMENT OF PSORIASIS WITH SUBDERMAL INFILTRATION OF TRIAMCINOLONE DIACETATE SUSPENSION). ARPAD G. GERARD. *A.M.A. Arch. Dermat.*, 81:535(abril),1960.

A infiltração subdérmica de lesões psoriásicas na camada superior do tecido subcutâneo, com uma suspensão de diacetato de triamcinolona, determinou a regressão local das anormalidades clínicas das lesões. A pele voltou à sua aparência normal. A resposta das lesões foi uniforme. A pele, assim tratada, permaneceu em estado de remissão durante o período da observação (mais de quatro meses).

A técnica descrita pode muito bem substituir os outros tratamentos de casos crônicos de psoríase, terapêuticamente resistentes.

Nota adicional: quando o artigo foi publicado o período de observação havia se estendido de 4 para 11 meses. A primeira lesão reapareceu seis meses após a injeção. Ao fim de 11 meses de observação, 16% das lesões recidivaram, mas com a repetição das injeções tôdas as lesões desapareceram completamente.

Resumo do autor

GRISEOFULVINA NAS DERMATOMICOSES (GRISEOFULVIN IN DERMATOMYCOSES). G. C. ANDREWS, A. N. DOMONKOS e A. SILVA JR., *J.A.M.A.*; 173:1542 (6-ag.), 1960.

Em 60 casos de dermatomicoses, tratados com griseofulvina, não foram observadas alterações hematológicas, nem nos exames de urina durante o tratamento. As reações predominantes manifestaram-se no setor gastro-intestinal: náuseas, eructações, diarréia e flatulência observaram-se em 10 pacientes (12%), dos quais 6 tiveram de abandonar o tratamento. Alguns queixaram-se de cefaléias transitórias. Dois tiveram faringite, que tornou a se apresentar ao ser recomeçado o tratamento. Três pacientes, com história de alergia à penicilina, suportaram bem a griseofulvina. Outro paciente teve urticária.

A dose para todos foi de 1 gr. diária. Em casos de micoses superficiais, exceto as tinhas do couro cabeludo, pode recidivar a doença após a suspensão do medicamento. As dermatofitoses agudas do pé não respondem prontamente

à griseofulvina. A medicação tópica fornece resultados mais rápidos nos sintomas que acompanham as fases agudas das dermatofitoses dos pés, das regiões ingüinais e outras. Se, depois de interrompida a medicação, persistirem unhas infectadas, é de se esperar recidivas das dermatomicoses da pele glabra que haviam sido curadas.

É importante a identificação do fungo causador por meio de culturas antes de se iniciar um tratamento prolongado.

Casos de prurido anal e vulvar, de bacteride pustular, de psoríase da pele e das unhas, e de disidrose não melhoraram com a griseofulvina.

Um dos aspectos mais satisfatórios do estudo foi o resultado notável sôbre as infecções da pele por *T. rubrum* e das unhas por *T. rubrum* e *T. mentagrophytes*, tipos de afecções que não respondiam ou respondiam mal ao tratamento tópico.

A. Padilha Gonçalves

PORFIRIA CUTÂNEA. OBSERVAÇÕES SÔBRE 111 CASOS EM TRÊS GRUPOS RACIAIS (CUTANEOUS PORPHYRIA — OBSERVATIONS ON 111 CASES IN THREE RACIAL GROUPS). L. EALES. *South African J. of Lab. & Clin. Med.*, 6:63 (jun.), 1960.

É apresentada uma análise dos caracteres clínicos e bioquímicos de 111 casos de porfíria cutânea nos três grupos raciais principais em Cape Town.

Em vista da importância das determinações da porfirina fecal no diagnóstico, é posta em relêvo a necessidade de se estabelecerem os valores normais dessa prova.

Parece haver duas formas da moléstia:

1) no primeiro grupo, há, usualmente, uma história familiar positiva. As manifestações cutâneas podem estar ou não presentes na porfíria aguda. Há um grau variável de uroporfirinúria e a porfirina fecal está consideràvelmente aumentada;

2) no segundo grupo não há evidência de doença hereditária. A apresentação clínica é puramente cutânea. A uroporfinúria é acentuada e a porfirina fecal está normal ou apenas levemente aumentada.

Os pacientes porfíricos brancos constituem a maioria do primeiro grupo, enquanto os pacientes Bantu pertencem ao segundo grupo. O grupo que o autor denomina "Cape Coloured" apresenta ambas as formas da doença.

Resumo do autor

ERITRASMA MÚLTIPLO E EXTENSO NÃO INTERTRIGINOSO (FLUORESCÊNCIA VERMELHA DAS LESÕES SOB A LUZ DE WOOD). ANTAR PADILHA GONÇALVES e GILBERTO MANGEON. *Trabalhos da Soc. portuguêsa de dermat. e ven.*, 18:11 (março), 1960.

É apresentado caso incomum de eritrasma em paciente de côr negra, com lesões múltiplas e extensas no tronco e nos membros, fora das grandes dobras cutâneas. Havia de interêsse, no caso, o fato das lesões, quando examinadas sob a luz de Wood, apresentarem fluorescência vermelha, a qual não é correntemente mencionada na literatura dermatológica e micológica.

Resumo dos autores

Notícias

XVII REUNIÃO ANUAL DOS DERMATO-SIFILÓGRAFOS BRASILEIROS

Curitiba, de 25 a 29 de setembro de 1960

Há 17 anos, sem interrupção têm os dermatologistas promovido uma reunião geral da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, com sede rotativa nos Estados onde há filiais da Sociedade. Coube neste ano ao Paraná organizar o Congresso, fazendo-o em Curitiba, capital do Estado.

O esmero e o carinho devotados pelos paranaenses, tendo à frente o Prof. Rui Noronha Miranda, auxiliado por sua espôsa., no setor social, e pelos operosos secretários, Dr. José Schweidson, Dr. José Maria Munhoz da Rocha, Dr. Fernando Laynes de Andrade e Dr. Djalma Lopes, no preparo do certame, fêz dêste uma das mais agradáveis e úteis das já tradicionais Reuniões Anuais. Infelizmente, o Dr. Carlos Cunha, que colaborou na organização, não poude participar da Reunião, por motivo de doença, sendo sentida a ausência de sua simpática figura. Sem outras citações nominais, pode-se dizer ainda que todos os dermatologistas paranaenses e as suas espôsas contribuiram com ponderável parcela para o amplo sucesso do certame. Estão, portanto, de parabens.

A Reunião, sob o alto patrocínio do Sr. Moysés Lupion, Governador do Paraná, teve como presidentes de honra os Drs. Mário Rutowitsch, presidente da Sociedade, Prof. J. Ramos e Silva, fundador das Reuniões, Prof. Flavio Suplicy de Lacerda, Reitor da Universidade do Paraná, Prof. Antenor Pamphilo dos Santos, Diretor da Faculdade de Medicina da mesma Universidade, Prof. Mario Braga de Abreu Diretor da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica, Walmir Mainqué, Secretário de Saúde Pública do Paraná, e Lauro Wolf Valente, presidente da Associação Médica do Paraná.

A abertura solene da Reunião teve lugar no dia 25, domingo, à tarde, no Auditório da Reitoria. Entre os oradores, figurou o Prof. Ramos e Silva, cujo discurso versou sôbre o ensino da Medicina e da Dermatologia. Seguiu-se um espetáculo cultural, pelo côro de estudantes da Universidade, e um coquetel de congraçamento. À noite, reuniram-se todos num banquete, no Clube do Comércio.

No dia seguinte, pela manhã, após breve solenidade, quando foi inaugurada uma placa de bronze comemorativa da Reunião, que se iniciava, fazendo funcionar, pela primeira vez o anfiteatro do recém-construído Hospital das Clínicas que tem o Prof. Milton Munhoz como diretor. Houve, então, interessante demonstração de casos clínicos, na Clínica Dermatológica do Hospital, seguindo-se a discussão dos mesmos.

À tarde, os congressistas, com suas famílias, fizeram um passeio de ônibus pela cidade, tendo visitado a Reitoria, o Palácio do Govêrno, o monumento ao 4.º Centenário, a Imprensa Universitária e o gracioso Country Clube, e apreciado os pontos principais do centro e dos bairros.

À noite, realizou-se sessão científica sôbre o 1.º tema oficial: Micoses superficiais.

O dia 27 foi dedicado a visita ao Sanatório São Roque, dirigido pelo Dr. Luis Carlos Pereira, onde foram apresentados numerosos e interessantes casos de lepra. Finda a demonstração clínica, os presentes reuniram-se às suas

famílias, saboreando um churrasco, após o qual foram percorridas as instalações do Sanatório. Antes da partida, já à tarde, foi servido lanche aos visitantes. A jornada foi encerrada por outra sessão científica, à noite, sôbre o mesmo tema (micoses superficiais).

Pela manhã do dia seguinte houve uma sessão conjunta da Diretoria da SBDS com os representantes das Filiais dos Estados, sendo então estabelecido que a Reunião Anual de 1961 será realizada no Ceará, para o estudo das micoses profundas e a realização de mesa redonda sôbre o ensino da Dermatologia e de uma sessão especial para a apresentação iconográfica de casos raros. Finalizando a parte científica da XVII Reunião, foram apresentados e discutidos os trabalhos sôbre o 2.º tema oficial — Dermatoses endócrino-metabólicas, seguindo-se logo a sessão de encerramento.

Prosseguiu, todavia, o programa social, com um almôço aos congressistas, uma exposição de artes plásticas realizadas por médicos e, à noite, um banquete, no Grande Hotel Moderno. No dia imediato, realizou-se excursão à cidade de Ponta Grossa, sendo visitada a bela e curiosa formação de arenito denominada Vila Velha, por parecer, ao longe, uma cidade em ruínas, bem como outros sítios pitorescos da região.

Não se pode deixar de dizer algo em especial sôbre o progresso notado nessa agradável cidade de Curitiba, que me causou bastante surprêsa, e que havia visitado, pela última vez, em 1953. O fato é notavel sobretudo no que concerne ao setor cultural e científico, de particular interêsse para os médicos congressistas. Encontramos a Reitoria da Universidade modernamente instalada e um Hospital das Clínicas a entrar em funcionamento dentro em breve com os mais perfeitos requisitos exigidos pela medicina de hoje. Por sinal que tôdas as sessões plenárias científicas foram realizadas no excelente Auditório do Hospital das Clínicas, assim honrosamente inaugurado pela Dermatologia, causando grata satisfação aos congressistas. Em construção adiantada está o Centro Politécnico, que poderá ser freqüentado por 3.000 estudantes, tendo acomodação para 1.500 alunos residentes.

O Paraná, outrora indicado como a "terra da promissão", é hoje a realidade do progresso.

Embora à parte da Dermatologia, passei o dia anterior ao início da Reunião na cidade de Monte Alegre, situada cêrca de 300 km. a noroeste de Curitiba, numa zona longe de outras cidades e bastante desabitada. Pois lá fui encontrar algo que honra o Brasil e engrandece o gênero humano. Trata-se de uma grandiosa realização industrial, social, patriótica e acima de tudo com um enorme senso humanitário: uma importante fábrica de papel e celulose da firma Klabin. Sendo uma zona desprovida de recursos, não tiveram dúvidas os irmãos Klabin de, idealisticamente, instalar a indústria, provendo-a de meios necessários para o seu funcionamento e amparando em especial o elemento humano que a êles se juntasse nessa legítima cruzada de modernos bandeirantes. Assim, foi construída uma cidade, contando hoje com 17 mil habitantes, ruas largas, arborizadas, belas casas residenciais com todo o confôrto, 3 hotéis, 8 pensões, clubes, um ótimo hospital, muito bem aparelhado, casas comerciais, um funicular de 1 km. de comprimento, para facilitar o transporte dos operários, tudo isto muito bem servido por luz, telefone, água e esgôto. Nos arredores, foi instalada uma usina hidroelétrica, e estimulada a fixação de colonos holandezes. Na extensa área periférica infindáveis florestas de pinheiros e eucaliptos, cuja matéria prima, imprescindível para o fabrico do papel sofrem derrubadas anuais, superadas, entretanto, por intenso reflorestamento para cuja execução técnica existem em ação várias estações de estudos e experimentação. Está sendo explorada uma mina de carvão, a fim de fornecer combustível à fábrica. Estradas largas, bem traçadas, de primeira qualidade, também abertas pela iniciativa particular, servem à região rural, bem como uma linha férrea e um campo de aviação.

Tudo isso metido lá dentro no Paraná, executado sem alarde, à custa de árduo trabalho que agora encontra a sua maior recompensa na grandiosidade da própria realização.

Apesar de não ser assunto de Dermatologia, fiquei tão vivamente impressionado, com o empreendimento, que não pude furtar-me ao dever dêste curto relato aos meus colegas de especialidade.

Antar Padilha Gonçalves

PRÓXIMAS REUNIÕES ANUAIS

Durante a XVII Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, no dia 28 de setembro de 1960 reuniu-se a Diretoria da SBDS e os representantes das secções Estaduais sob a presidência do Prof. R. D. Azulay, tendo como secretário o Prof. R. N. Miranda e presentes o Prof. Clovis Bopp (R. G. do Sul), Prof. Sebastião A. P. Sampaio (S. Paulo), Prof. Josefino Aleixo (Minas) Prof. W. Cantidio (Ceará) e Dr. A. Padilha Gonçalves (Guanabara), ficando resolvido que a Reunião de 1961 será em Fortaleza, a de 1962 no Rio de Janeiro e a de 1963 no Rio Grande do Sul. Os assuntos oficiais para 1961 serão: 1) Micoses profundas; 2) Mesa redonda sôbre o ensino da Dermatologia; e 3) Sessão iconográfica de casos raros.

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DE SÃO PAULO

Há pouco menos de 2 anos, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aprovando representação dos Professôres Carlos da Silva Lacaz, Antônio Dácio Franco do Amaral e João Alves Meira, no sentido da criação do Instituto de Medicina Tropical, encaminhou o assunto ao então Governador do Estado, Dr. Jânio da Silva Quadros, que transformou em realidade o desejo dos professôres de medicina.

Hoje, o Instituto está terminando sua instalação, já contando, entre outras realizações, com um excelente museu de Medicina Tropical, muito bem arranjado e muito interessante.

Terá a nova instituição, como principais finalidades: o ensino de post-graduação, o estudo de zoologia, climatologia e geografia médicas, a organização de cursos de virologia, a formação de médicos tropicalistas, a promoção de campanhas de educação sanitária, a manutenção de museu de Medicina Tropical: prestar assistência técnica especializada à Faculdade de Medicina, ao Hospital das Clínicas, serviços de saúde pública e a outras instituições: editar uma revista especializada em Medicina Tropical, colaborar na luta contra as endemias rurais, promover o entrosamento entre as cadeiras de Microbiologia, de Doenças Tropicais e de Parasitologia da Faculdade de Medicina, etc...

Já está sendo editada a Revista de Medicina Tropical de São Paulo, sob a direção do Dr. Luiz Rey.

Em 1960, foi realizado o "Curso regular", para formação de médicos tropicalistas.

Outras atividades, já em realização, são a distribuição de um prêmio anual de Medicina Tropical, cursos de atualização sôbre doenças infecciosas e parasitárias, raramente diagnosticadas em nosso meio, uma campanha contra o tétano, seminários mensais sôbre medicina tropical.

Para qualquer informação ou correspondência, deverá ser usada a caixa postal 2921 — São Paulo.

índices do vol. 35

a) da matéria

Acne: v. Cirurgia dermatológica.
Acanthosis nigricans — M. Rutowitsch e N. Haddad Neto 12
Acrodermatite enteropática — F. Gianotti 17
Acromia: v. Prurido acromiante.
Alergia:
Testes alérgicos por electroforese — Lain P. de Carvalho 76
Alopecia mucinosa:
Outros estudos sôbre a alopecia mucinosa — H. Pinkus e R. J. Schoenfeld 78
Amiloidose cutânea:
Amiloidose cutânea genuína — Sylvio Fraga e Jarbas A. Pôrto 67
Amiloidose cutânea genuína — Jarbas A. Pôrto 67
Amiloidose cutânea genuína familial — Jarbas A. Pôrto e A. Posse Filho 102
Caso de amiloidose cutânea (forma maculosa) — R. D. Azulay e J. Serruya 69
Globulina atípica (alfa 2, linha) na amiloidose cutânea — Jarbas A. Pôrto, A. C. Curtis, I. Cardoso e Venâncio 15
Angioqueratoma (Fordyce) — Glyne L. Rocha e C. Chiaffitelli 63
Bálano-postite esclero-atrófica (caso tratado por corticóide) — R. D. Azulay e J. Serruya 41
Biologia da epiderme. Contribuição para o estudo da — J. Ferreira-Marques 55
Blastomicose: v. Micose de Lutz.
Câncer: v. Doença de Bowen, Epitelioma, Psoríase.
Ceratodermia ictiosiforme congênita (eritrodermia ictiosiforme congênita) — R. D. Azulay e J. D. Azulay 39
Cirurgia abrasiva:
Naevus unius lateris tratado pelo "planning" (cirurgia abrasiva) —Sylvio Fraga, C. Chiaffitelli e Glyne L. Rocha 64
Cirurgia dermatológica (v. Leucoceratose):
Cirurgia dermatológica. Difusão no Brasil. Limitações e indicações. Resultados — Jarbas A. Pôrto 3
Dermabrasão para a melhora de cicatrizes de acne — H. Rattner e P. Lazar 78
Cirurgia plástica em basalioma extenso da região temporal — Sylvio Fraga 97
Comendon gigante — R. D. Azulay e J. D. Azulay 41
Dermabrasão: v. Cirurgia dermatológica.
Dermatite dos litógrafos — H. M. Levin, M. J. Brunner e H. Rattner 17
Dermatofibrossarcoma — A. Posse Filho e Jarbas A. Pôrto 103

Dermatomicoses:
Griseofulvina nas dermatomicoses — G. C. Andrews, A. N. Domonkos e A. Silva Jr. 105
Doença de Bowen:
Doença de Bowen e sua relação com o câncer sistêmico — J. H. Graham e E. B. Helwig 77
Doença de Pick — Herxheimer:
Sôbre uma pequena casuística de dermatite crônica atrofiante (Pick-Herxheimer) — J. Ramos e Silva 62
Eczema:
Eczema axilar em mulheres. Uma síndrome — Marcus Skogh 105
Elastose solar com pseudo-milium colóide — Glyne L. Rocha, C. Chiaffitelli e Sylvio Fraga 66
Epidermólise bolhosa:
Caso de epidermólise bolhosa simples — R. D. Azulay e J. D. Azulay 40
Epitelioma basocelular planocicatricial — Jarbas A. Pôrto 103
Eritematodes:
Relação entre o lúpus eritematoso sistêmico e o lúpus eritematoso discóide — A. Scott e E. G. Rees 77
Eritrasma:
Eritrasma múltiplo e extenso não intertriginoso — A. Padilha Gonçalves e G. Mangeon 106
Fluorescência do eritrasma sob a luz de Wood — A. Padilha Gonçalves 35
Eritrodermia: v. Psoríase.
Esclerodermia:
Tratamento da esclerodermia progressiva pela progesterona — D. Peryassú 101
Escleroma noenatorum — Glyne L. Rocha, C. Chiaffitelli e A. M. Lisboa 66
Esporotricose: v. Micoses.
Foliculite:
Folliculites depilans corporis — A. P. Mesquita 91
Griseofulvina: v. Dermatomicoses.
Herpes:
Queratite do herpes simples conseqüente a doença febril — J. E. Leibold 17
Histopatologia cutânea:
Um novo fixador em histologia cutânea "formol-niquel" — J. Ferreira-Marques 83
Infiltração linfocitária — J. Ramos e Silva, A. Pôrto Marques e A. Padilha Gonçalves 98
Leiomioma — J. Ramos e Silva 16
Leucoceratose:
Leishmaniose tegumentar difusa — H. Portugal e A. Pôrto Marques 76
Leishmaniose vegetante — H. Portugal e Pena Peixoto 96
Leucoceratose:
Caso de leucoceratose atingindo quase todo o lábio inferior e o seu tratamento cirúrgico — R. D. Azulay e Ronaldo Pontes .. 71
Linfossarcoma: v. psoríase.
Líquen:
Lichen striatus — A. Padilha Gonçalves, A. Pôrto Marques e N. V. Oliveira 95
Líquen plano bolhoso — Jarbas A. Pôrto 43
Liquenificação verrucosa (líquen plano verrucoso) tratado pela hidrocortisona — Sylvio Fraga e Glyne L. Rocha 64
Livros:
"Enfermedades de la piel" — G. C. Andrews e F. Kerdel Vegas 79
Tratado de Dermatologia — B. Duperrat 18

Lúpus eritematoso: v. Eritematodes.
Micose de Lutz:
A propósito de um caso de micose de Lutz de localização genital e de seu tratamento pela sulfametoxipiridazina — E. Candiota de Campos 104
Considerações relativas à blastomicose sul-americana. Do comportamento das proteínas séricas — J. Machado Filho e J. Lisboa Miranda 77
Considerações relativas à blastomicose sul-americana, localizações, sintomas iniciais, vias de penetração e disseminação em 313 casos consecutivos — J. Machado Filho e J. Lisboa Miranda 104
Tratamento da blastomicose sul-americana pela sulfametoxipiridazina — A. Padilha Gonçalves 14
Micoses (v. Micose de Lutz, Dermatomicoses):
Esporotricose em criança — Jarbas A. Pôrto .....
Micoses superficiais. Resultados preliminares do tratamento rápido pela griseofulvina — Jarbas A. Pôrto 49
Sôbre a freqüência e sôbre a clínica das micoses das mãos — M. K. Polano e A. H. Waterman 78
Molusco contagioso apresentando lesão linear. Caso de — R. D. Azulay e J. Serruya 97
Pênfigo (v. Doença de Sneddon — Wilkinson):
Bulose crônica benigna familiar (Hayley-Hayley) em dois irmãos — R. D. Azulay, E. Azulay e J. D. Azulay 98
Pênfigo agudo febril grave — H. Portugal e M. Machado 42
Pênfigo crônico benigno familiar (Hailey-Hailey) — Glyne L. Rocha e Sylvio Fraga 63
Pênfigo foliáceo — Jarbas A. Pôrto e A. Posse Filho 71
Penfigóide — Jarbas A. Pôrto 65
Porfíria cutânea:
Porfíria cutânea. Observações sôbre 111 casos em três grupos raciais — L. Eales 106
Porfíria cutânea tarda — Paulo S. Lacaz e Sylvio Fraga 97
Pró-diagnose:
Caso pró-diagnose — Jarbas A. Pôrto 68
Caso pró-diagnose — Jarbas A. Pôrto 69
Caso pró-diagnose — R. D. Azulay e J. Serruya 69
Caso pró-diagnose — Jarbas A. Pôrto 73
Prurido acromiante — N. Haddad Neto e Jarbas A. Pôrto 14
Pseudo-millium colóide — M. Rutowitsch, I. Gabbay e Jarbas A. Pôrto 61
Psoríase:
Eritrodermia psoriásica e linfossarcoma — M. Rutowitsch, I. Gabbay e N. Haddad Neto 13
Formas anômalas de psoríase — Sylvio Fraga e Glyne L. Rocha .. 64
Tratamento de psoríase com infiltração subdérmica de suspensão de diacetato de triamcilona — A. G. Gerard 105
Pustulose subcórnea:
Dermatose pustulosa subcórnea Sneddon-Wilkinson — J. Ramos e Silva 15
Pustulose subcórnea recurrente? Sneddon-Wilkinson? Doença de Dühring pustulosa? — O. Costa e O. Orsini 15
Queratoacantoma — E. Drolhe da Costa e Glyne L. Rocha 42
Sarcoidose — J. Ramos e Silva, D. Peryassú, G. Mangeon e A. Pôrto Marques 99
Sífilis:
Sífilis maligna precoce — A. Posse Filho e Jarbas A. Pôrto 70
Tuberculose:
Caso de tuberculose (?) papulosa hiperérgica — R. D. Azulay .. 72

Lúpus vulgar angiomatoso (estudo de um caso) — V. de Arruda Zamith 23
Tuberculose liquenóide — H. Portugal e Pena Peixoto 96
Unhas:
Ónico-dérmato-queilofagia — Olyntho Orsini 87
Urticária pigmentosa — Glyne L. Rocha 62
Varicela bolhosa — S. Saslaw, C. Kluck e J. A. Prior 79
Vitiligo:
Uso da novocaína no tratamento do vitiligo — M. Rutowitsch 7

b) dos autores

Andrews, G. C. 79, 105
Azulay, J. D. 39, 40, 41, 98
Azulay, R. D. 39, 40, 41, 69, 71, 72, 97, 98
Brunner, M. J. 17
Campos, E. Candiota de 104
Cardoso, I. 15
Carvalho, Lain P. de 76
Chiaffitelli, C. 63, 64, 66
Costa, O. 15
Curtis, A. C. 15
Domonkos, A. N. 105
Drolhe da Costa, E. 42
Duperrat, B. 18
Eales, L. 106
Ferreira-Marques, J. 55, 83
Fraga, S. 63, 64, 66, 67, 97
Gabbay, I. 13, 61
Gerard, A. G. 105
Gianotti, F. 17
Haddad Neto, N. 12, 13, 14
Helwig, E. B. 77
Kerdel-Vegas, F. 79
Kluck, C. 79
Lacaz, P. S. 97
Lazar, P. 78
Leibold, J. E. 17
Levin, H. M. 17
Machado, N. 42
Machado Filho, J. 77, 104
Mongeon, G. 99, 106
Marques, A. Pôrto 76, 95, 98, 39
Mesquita, A. Peixoto 91
Miranda, J. Lisboa 66, 77, 104
Oliveira, N. V. 95
Orsini, O. 15, 87
Padilha Gonçalves, A. 14, 35, 98, 106
Peixoto, Pena 96
Peryassú, D. 99, 101
Pinkus, H. 78
Polano, M. K. 78
Pontes, R. 71
Pôrto, Jarbas A. 3, 14, 15, 43, 49, 61, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 102, 103
Portugal, H. 42, 76, 96
Posse Filho, A. 70, 71, 102, 103
Prior, J. A. 79
Ramos e Silva, J. 15, 16, 62, 98, 99

Rattner, H. 17, 78
Rees, E. G. 77
Rocha, G. L. 42, 62, 63, 64, 66
Rutowistsch, M. 7, 12, 13, 61
Saslaw, S. 79
Schoenfeld, R. J. 78
Scott, A. 77
Serruya, J. 41, 69, 97
Silva Jr., A. 105
Skogh, M. 105
Waterman 78
Zamith, V. de Arruda 23

Estatutos
da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Art. 1. A Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, fundada em 5 de fevereiro de 1912, na cidade do Rio de Janeiro, onde tem sua sede e fôro, tem por objeto o estudo da dermatologia, da sifilografia e domínios afins.

Art. 2. Compor-se-á a Sociedade de sócios de honra, efetivos e correspondentes, sendo a sua Diretoria constituída de Presidente, 2 Vice-Presidentes, Secretário Geral, 1.º e 2.º Secretários, Tesoureiro e Bibliotecário.

Parágrafo único. Um dos cargos de Vice-Presidente caberá a um dos associados das Filiais.

Art. 3. A Diretoria será eleita por um ano, na última sessão ordinária de dezembro, não podendo ser os seus membros reeleitos por mais de uma vez.

Art. 4. Os sócios de honra serão dermatologistas ou sifilógrafos nacionais ou estrangeiros, que tenham contribuído para o progresso da dermato-sifilografia e domínios afins com trabalhos de excepcional valor, mediante parecer de uma comissão especialmente designada pelo Presidente e aprovada por maioria absoluta dos presentes.

Art. 5. Os sócios efetivos serão eleitos mediante proposta de três (3) associados e parecer favorável da Diretoria, apresentado na sessão seguinte.

Art. 6. Os sócios correspondentes serão dermatologistas nacionais ou estrangeiros, residentes fora do país, escolhidos na forma do art. 5.

Art. 7. A Sociedade realizará sessões ordinárias de março a dezembro, podendo a Diretoria convocar sessões extraordinárias, quando achar conveniente.

§ 1.º Serão comunicados, com antecedência de oito (8) dias, local, dia, hora e programa de cada sessão ordinária, que se realizará com a presença mínima de sete (7) sócios.

§ 2.º As comunicações não deverão exceder o prazo de quinze (15) minutos.

§ 3.º Na discussão de cada assunto não se excederá o prazo de dez (10) minutos, não podendo cada sócio falar mais de duas (2) vêzes sôbre o assunto, salvo aquiescência dos presentes.

§ 4.º A apresentação de doentes terá preferência sôbre qualquer assunto.

§ 5.º Os trabalhos apresentados à Sociedade serão publicados em Boletim, com resumos em francês, inglês, ou alemão, quando convier, sob a direção do Secretário Geral, auxiliado pelos 1.º e 2.º Secretários.

Art. 8. O sócio efetivo pagará, anualmente, a taxa que fôr determinada.

Art. 9. Nas cidades onde houver dez (10) sócios efetivos, poderá ser constituída uma Filial da Sociedade, mediante proposta, dos que pretenderem constituí-la, à Diretoria, e aprovação pela maioria absoluta dos que se acharem presentes à sessão em que fôr apresentada.

Art. 10. Êstes estatutos não poderão ser reformados sem a aprovação da maioria absoluta dos sócios quites presentes no Rio de Janeiro, convocados especialmente para tal fim. No caso de não atenderem à convocação, será marcada nova sessão, que deliberará com a maioria absoluta dos presentes.

Art. 11. A S.B.D.S., cuja duração é indeterminada, tem personalidade distinta da dos membros que a compõem, e, como pessoa jurídica de direito privado, preenche as disposições legais a ela referentes. O Presidente representará a Sociedade em Juízo e fora dêle.

§ 1.º Os sócios não respondem subsidiàriamente pelas obrigações da Sociedade.

§ 2.º Em caso de dissolução, os bens da Sociedade reverterão em favor de outra sociedade congênere de finalidades idênticas, escolhida pela Diretoria e aprovada a escolha pela Assembléia Geral.

Art. 12. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 13. Os atuais sócios correspondentes nacionais, residentes fora do Rio de Janeiro, passarão a sócios efetivos.

(aprovados na sessão de 30-12-1942)

TRATAMENTO
DO
ACNÉ

Enxofre coloidal.
Hamamelis.
Óxido de titânio.

SACNEL

NÃO É GORDUROSO.
É DE EMPREGO AGRADAVEL

Uso externo

Enila

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 300,00, para o Brasil, e Cr$ 360,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 90,00, na época, e de Cr$ 100,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao administrador geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

É vedada a reprodução, sem o devido consentimento dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, da matéria nos mesmos publicada.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos na matéria referida.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 35 (1960) — N.° 4 (dezembro)

TRABALHOS ORIGINAIS:

	Págs.
Um novo fixador em histopatologia cutânea «formol-níquel» — J. Ferreira-Marques	83
Ônico-dérmato-quellofagia — Olyntho Orsini	87
Folliculitis depilans corporis — André Petrarca de Mesquita	91
BOLETIM DA SOC. BRASIL. DE DERMAT. E SIF.:	95
ANÁLISES:	104
NOTICIAS:	107

Para as desordens dermatológicas

Dermo-Cortison

LOÇÃO

Suspensão emoliente de Hidrocortisona acetado (Kendall's) composto F a 0.5% em veículo hidrófilo com 0.25% de petroleína líquida.

EFEITOS COLATERAIS: Nenhum!

INDICAÇÕES:

- Dermatites (atópicas, eczematosas e de contato)
- Dermatites das mãos
- Neurodermatites
- Líquen simples crônico
- Eczemas (atópicos, desidróticos estásicos)
- Sicose numular ou disforme
- Eczema infantil
- Prurido ano-genital

SUPRE MAIS...

Dermo-Cortison

Pomada Dérmica a 1% e 2.5%

Hydrocortisona + Neomicina

LABORATÓRIOS QUIMIOFARMA LTDA.
Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 1358 — São Paulo
Telefones: 33-7316 — 35-5486 — 37-1975

Batista de Souza & Cia. Editôres — Rua do Livramento n.º 103 — Rio